

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成28年 2月 4日(木)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：かしの木の里	種別：施設入所支援、生活介護、短期入所、 日中一時支援	
代表者氏名：武田 信之	定員（利用人数）：施設入所 40名 生活介護 40名 短期入所 8名 日中一時 10名	
所在地：愛知県一宮市富田字砂原2147番地		
TEL：0586-63-3270		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成12年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人榎の木福祉会		
職員数	常勤職員： 21名	
専門職員	（管理者・サビ管） 1名	（生活支援員） 52名
	（厨房職員） 3名	
	（看護師） 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 33室	（設備等） 食堂・娯楽室・浴室
		医務室・指導員室・厨房

### ③理念・基本方針

#### ◆理念◆

人は皆、一人ひとりに様々な「差」があります。そのことは、その人全体の価値を決めるような事柄ではありません。私達は、「障害」と呼ばれるハンディもそうした「差」のひとつであり、「人」としての価値全体の重さを決めるものではないと考えます。

けれども、このハンディは、彼らが大人として自力で世間を生きていく上では大変な困難をもたらします。社会の経済的な仕組みを「知的」に操作し、理解したり、複雑な日常の生活技術等を獲得することが「苦手」であったりするからです。

我々は、どんなに大きな「差」があろうと、その人その人の個性を認め、その個性的な自己実現を尊重し、彼らができるかぎり遅しく、楽しく、豊かに生活していけるための条件を考え続け、実践して行く活動を行い、その活動を通して、「人が人を理解する」ということの深い意味を探求し、社会がその価値にめざめ、このことを認め合える社会創りのための活動を行っていきたく願っています。

◆基本方針◆

- ①個人の尊厳を尊重します。
- ②自己選択・自己決定を尊重します。
- ③プライバシーを尊重します。
- ④財産権を尊重します。
- ⑤知る権利を尊重します。
- ⑥体罰・暴力・身体拘束を行いません。
- ⑦質の高いサービスを受ける権利を尊重します。
- ⑧意見・質問・苦情を申し立てる権利を尊重します。

④施設・事業所の特徴的な取組

①権利擁護についての学習と実践

- ・権利擁護の委員会を立ち上げ、学習・研修を行っています。
- ・今回は、各グループリーダーを中心に構成。
- ・この委員会から他スタッフへのアンケート(行動規範の自己評価)を行っています。
- ・この委員会にひやりはっとや事故の分析、学習を取り入れていく予定です。
- ・目標として、法人の安全。衛生委員会と共有していきます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27年 8月 3日(契約日) ~ 平成28年 7月19日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (平成 25年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆利用者の人権の擁護

管理者の願いの一つであった「権利擁護委員会」が事業所内に組織され、社会福祉法や障害者総合支援法、障害者差別解消法等、利用者の人権擁護に関する法令の周知、理解のための活動が始まった。「運営規定」第20条や「個人情報の保護契約書」、「個人情報使用同意書」等によって、支援の基本は全て「利用者の人権を尊重する」方針に従うこととしている。実際に、漢字を使わずに平仮名やカタカナで記載したり、絵や写真を多用して利用者との意思の疎通に配慮している。作業ルームのホワイトボードにも、それらのコミュニケーションツールを使った情報がふんだんに掲示してあった。

#### ◆人事管理の方針の転換

法人、事業所共に、人材の不足に窮している。法定の配置基準は満たしているものの、離職した職員の穴が埋められない。そんな窮状ではあるが、管理者は「現状は苦しくとも、先に光はある」と説く。早期離職者の原因分析を行い、「来るもの拒まず」のこれまでの採用方針を廃し、「必要な職員を採る」方針へと転換した。現在の状態を、できる職員と、不向きな職員との「淘汰の時期」と捉えており、できる職員群による働きやすい職場作りの通過点とも考えている。勤務時間内に業務が完結する職場を目指し、会議の回数や時間を減らして対応している。

#### ◆地域の福祉ニーズに対する柔軟な対応

地域からはショートステイ（短期入所）の強いニーズがあり、利用定員を8名に増やして対応している。年間を平均すると毎日4～5名の利用がある。職員が利用者の障害特性を完全には把握できていないことや、施設に慣れていない利用者の受け入れだけに、支援には特段の注意や配慮が必要である。安全・安心の体制を敷くために、シフトを厚めに組まざるを得ないが、地域のニーズには可能な限り応えていく方針で臨んでいる。

### ◇改善を求められる点

#### ◆正規、非正規職員の格差是正

会議出席や研修参加の違いがあって、正規職員と非正規職員との間に格差（ギャップ）が生じている。情報量の差だけでなく、意識や知識、技術面でも差があるかもしれない。「個人情報保護規程」の存在を知らない職員がいたとの話もあるが、社会全般に人権擁護の機運が高まっている時だけに、権利擁護委員会の今後の活動に期待がかかる。事業所内の会議や研修に、非正規職員の参加を促す取り組みにも期待したい。利用者の意識に正規、非正規の区別はなく、彼らにとっては同等の「支援員」である。

#### ◆更なるマニュアルの整備を

前回評価での指摘を受けてマニュアルの整備が進み、必要な手順書が揃ってきた。次の段階は、マニュアル化した手順の周知・理解を図ること。加えて、作成したマニュアル類を定められたルールに従って適切な見直しを実施することである。「適宜に見直す」だけでなく、「定期的に見直す」ことも求められる。見直しの結果、マニュアルの内容に変更を来さない場合であっても、見直しをした事実（日付）を記録として残してほしい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

人材不足が解消されず、支援の現場に影響が出ていることを考えれば、妥当な評価結果と思われる。

第三者評価での気づきを生かし、職員の配置等に配慮し、役割や責任の所在を明確にして改善を進めていきたいと思っています。

## ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障 1	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
障害を持って生まれた子どもを持つ親の篤い思いを受けて立ち上がった法人、施設であるが、その親たちも高齢化の波の中にある。毎月開催されていた家族会は年間4回に減っている。出席する家族の数も、20名を割ることが多くなった。家庭の事情で、利用者の帰省の希望にも応えられないケースも増えてきた。このような状況下で、いかにして「理念」の実現を目指していくのか、正念場を迎えている。			

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障 2	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の管理者会で法人全体の動きを確認し、居住支援部会では中心的な立場で当該入所事業所やグループホーム事業所を牽引している。職員の採用環境の悪化が深刻な問題として挙がってきているが、現状では有効な解決策を持っていない。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
最大の経営課題は、「職員の安定雇用」である。法定の基準配置は満たしてはいるものの、離職した職員の穴が埋められずに苦しい職員シフトを組んでいる。早期離職者の原因分析を行い、「来るもの拒まず」のこれまでの採用条件を厳し目に変更し、「必要な職員を採る」と、少数精鋭の採用方針に切り替えて臨んでいる。			

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障 4	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人全体での中・長期計画(10年ビジョン)はあるが、事業所としての中・長期計画は策定されていない。法人の中・長期計画の「居住部会」の部分の準用して運営にあたっている。			

I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障 5	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所独自の中・長期計画が策定されていないことから、事業計画は前年度の事業計画を評価・検証し、残された課題を次年度計画に反映させる仕組みによって策定されている。事業所の中・長期計画を策定し、それに連動させた事業計画の策定が望まれる。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
極端な職員の不足状態が続き、事業計画の策定は一部の幹部職員の手任せざるを得ない状況であり、一般職員の意見や構想が盛り込まれるに至らなかった。中間時点での見直しも実施できず、期を終えようとしている。しかし、事業計画が理事会で承認された後で、職員会議において詳細に説明され、職員間に周知は図られている。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
期の最初の家族会で、資料を配布して事業計画や方針等を説明しているが、家族の反応は薄い。足の遠のいてしまった家族に対する有効な対策を講じる必要に迫られている。			

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障 8	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
前年度に引き続き、「サービスの質の向上(職員の質の向上)と、障害特性の更なる理解」を重点目標として取り組んでいる。その一環として権利擁護委員会が立ち上げられ、活動を開始した。職員の不足感が漂う中、利用者の満足度がどのように変化しているのか、を把握する取り組みが求められる。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障 9	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
前回評価の結果を受け、課題として抽出した項目(マニュアル整備等)は重点項目として事業計画に取り上げたが、計画的な取り組みに発展させることができず、中途半端な状態で終わってしまったものもある。例示すれば、必要なマニュアルは策定できたが、職員への周知活動に進めずに次年度への課題となったことや、個別支援計画のモニタリング回数が、計画通りに実施できなかったこと等である。			

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障 10	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>前任者から管理者を引き継ぎ3年目を迎えている。自らの役割と責任を十分に理解しており、事業所の難局に孤軍奮闘して立ち向かっている。管理者、サービス管理責任者、防火管理者、総務・庶務事務責任者、人事・採用責任者等々、並べればきりが無いほどの要職を抱えている。評価当日にはガス会社の機器点検があり、対応に走り回る管理者の姿があった。「他人に任せることも職員育成の一手段」と捉え、権限委譲による自身の余裕を得られたい。</p>			
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障 11	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者の願いの一つであった「権利擁護委員会」が事業所内に組織され、社会福祉法や障害者総合支援法、障害者差別解消法等、障害者の人権擁護に関する法令の周知、理解のための活動が始まった。</p>			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>今まで施設内に存在していた本部機能が隣接の建物に移動したために、大型の入所施設でありながら、事務職員が0名という状態になっている。当然のことのように、管理者が事務職員の業務を兼務することになる。24時間対応の入所施設であること、利用者からの要望で「毎日入浴」に対応していること等、管理者は日々の雑務をこなすだけでも大変である。「いわんや、質の向上の取り組みをや」である。</p>			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>「現状は苦しくとも、先に光はある」と、管理者は説く。現在の状態を、できる職員と、不向きな職員との「淘汰の時期」と捉えており、できる職員群による働きやすい職場作りの通過点とも考えている。勤務時間内に業務が完結する職場を目指し、会議の回数や時間を減らして対応している。家族会の開催回数を年間12回から4回に減らし、職員負担を軽減させている。</p>			

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障 14	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所においての具体的な人事計画は、現時点では、「職員採用」と「勤務シフト」に尽きるといっても過言ではない。「勤務シフト」を楽に回すために、「適切な職員の採用」を実施している。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>これまでは人事管理の制度の制度を設計する部門がなかったが、今年度法人内に人事検討委員会が組織され、新たに人事管理の制度設計が行われる筋道がついた。過度の期待は禁物であるが、何度も立ち往生した人事考課制度や導入が待たれるキャリアプランの構築が、すっきりと一本化した形で示されることを望みたい。</p>			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>離職した職員の穴がなかなか埋まらず、忙しさから判断すれば決して働きやすい職場とは言えない。メンタル面から休職や退職へとつながったケースもある。しかし、管理者が先頭に立って、働きやすい職場作りに挑戦している。会議の回数を減らし、面談を実施して職員意見を聞き取り、残業時間を減らして希望休や有給休暇を取りやすく改善している。</p>			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員育成も管理者マターであり、面談制度の場を利用して、意見を聞き取ったり質問に答えたりして指導にあたっている。法人全体の職種別や階層別の教育・研修体系が構築されておらず、人事検討委員会の下部組織となる「研修部門」のシステム構築を待ちたい。</p>			
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障 18	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所内には、職員の不足感によって外部研修に参加する意識の下降が見られ、研修参加が消極的になっている。その打開策として、事業所に研修講師を招聘し、参加可能な職員全員を対象とした研修会の開催を検討している。非正規職員へも積極的に参加を呼び掛けていく予定である。</p>			
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障 19	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>正規職員に比べると、非正規職員の参加を求める研修機会が少なく、高いレベルで均一的なサービスを提供しようとする上での大きなネックとなっている。非正規職員に対しては、研修の参加だけにとどまらず、事業所での主要な会議や打ち合わせについても参加機会を増やす取り組みが求められる。</p>			
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>保育士実習生を中心に、年間40～50名の実習生受け入れがある。実習終了後の評価(効果の検証)の手順や、記録の管理方法を明文化することが望まれる。</p>			

### II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障 21	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎年第三者評価を受審し、苦情解決の仕組みも構築されている。しかし、苦情解決の仕組みは、最終処置としての「一般公表」を含んでいない。苦情等の申立者の同意を得た上で、苦情等の内容や改善・対応の状況等を“いかなる方法で”公表するかを、一連の流れとして手順に含める必要がある。</p>			

II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障 22	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計に専門性の高い2名の法人監事による監査が実施されている。法による外部監査の義務化を待つことなく、外部専門家による定期的な外部監査が実施されることを望みたい。			

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障 23	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域との交流を図り、障害者理解を進めていく取り組みの最たるものとして「かしの木フェスティバル」がある。主催者集計では、1,500名とも2,000名ともいわれる参加者が事業所周辺の木曾川河川敷に集まる。ご当地のアイドルグループの出演するイベントも生まれ、おっかけの観衆も加わって大盛況であった。			
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	障 24	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「かしの木フェスティバル」には地域の小・中・高等学校、特別支援学校合わせて8校の校長が来賓として招かれ、それらの中の中学校、高等学校からは大勢のボランティアが参加する。模擬店の売り子として、駐車場の案内係や整理係として、大きな戦力となっている。地域に本部を置くカレーの専門店も露店を出し、売上金は法人に寄贈された。課題は、受け入れマニュアルの整備である。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	障 25	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
社会資源のリストとして「かしの木の里・連絡簿」があり、関係機関が網羅されている。職員の手薄な時には電話対応が遅れることもあり、関係者から「連絡がつかない」とのクレームをもらったこともある。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
前管理者時代には、職員向けに企画した研修会を地域にも紹介し、地域の障害者理解を深めようとの取り組みがあったが、現在では行われていない。生活介護事業の生産活動として「ペットボトル回収」があり、銭湯、コンビニエンスストア等に回収ボックスを設置している。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域からはショートステイ(短期入所事業)の強いニーズがあり、利用定員を8名に増やして対応している。年間を平均すると毎日4～5名の利用がある。施設入所に慣れていない利用者が相手だけに、特段の注意や配慮を必要としている。安全・安心の体制を敷くために、シフトを厚めに設定せざるを得ないが、地域のニーズには可能な限り応えていく方針である。			

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	障 28	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員間の連絡を密にするために日々の申し送りを徹底し、週に1回、月に1回の職員の会議を持っている。支援の統一を図るために、利用者個々の障害特性に対応するための実施方法を定めた「サポートブック」がある。課題は、業務の多忙によるチェック機能や振り返りが行われていないことである。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内に権利擁護委員会が立ち上がり、支援の基本は全て「利用者の人権を尊重する」方針を貫いている。「運営規定」第20条や「個人情報の保護契約書」において具体的な対応が理解できるが、「個人情報使用同意書」の内容に関しては、「利用者の肖像権(写真やビデオの使用)」や「使用目的」に配慮が足りておらず、その部分の再考を願いたい。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障 30	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットで事業内容を伝えている。ホームページは原則として2ヶ月に1度更新しており、最新の情報提供を心掛けている。			
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障 31	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用開始に当たっては、重要事項説明書や契約書により丁寧に説明している。重要事項説明書や契約書、本人同意書は利用者の同意を得たうえで書面に残している。サービスの変更に当たっては、相談支援事業所と連携して必要な説明をしている。制度化された年に2回の三者面談や、約8割の利用者について実施している「家庭訪問」でも説明している。			
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 32	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
移行の対象となる利用者について、相談支援事業所をも含めたケースカンファレンスを開き、詳細な情報を提示して共通理解を図っている。法人内の他事業所への移行(主としてグループホーム)に関しては、「サポートブック」や「フェイスシート」を移行先の事業所に送付して、継続性を持った支援が可能となるよう配慮している。例は少ないが、他法人の事業所への移行や、家庭への復帰についても、引き継ぎ書等の様式の制定が望まれる。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
年2回から月1回に、個別支援計画のモニタリングの頻度を増やして、そこから利用者満足度を量ろうとの計画であったが、時間的な制約から完全には実施できていない。家族会からも意見や情報を得ようと試みているが、家族会そのものの目的が、事業所サイドからの情報提供に代わってきており、満足度をつかむには至っていない。			

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障 34	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
第三者委員を加えた苦情解決委員会が設けられており、事業所から出された苦情を持ち寄り対応を検討している。事業所としても苦情受付からフィードバックにいたる苦情解決のための仕組みを確立している。課題の一つは、職員によって「苦情」の意識に差があり、情報が担当者で止まってしまうケースがあること、もう一つは、受け付けた苦情等の内容や改善・対応の状況を一般に公表する仕組みがないことである。		
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障 35	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
「相談室」としての専用の部屋はないが、通常はスタッフルームで相談等を受けている。他人に聞かれたくない内容の場合は、担当者以外の職員は席を外す等の対応をしている。利用者にとって、話しやすい職員の誰とでも相談できることを、周知・徹底させる取り組みが望まれる。		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障 36	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
利用者からの意見や要望に関し、直ぐに対応できるものは聞き取った担当者が直接対応したり、グループ別の担当職員につなげて支援している。しかし、職員の意識の差によって、対応が遅れることもある。相談支援事業の充実によって、利用者からの相談を相談支援事業所と連携して対応する機会が増えてきている。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障 37	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメントに関する責任者の明確化が望まれる。法人内にそれに代わる安全衛生委員会があり、その役割を担っていると思われるが、職員への周知という点で工夫が求められる。また、安全確保の検討策も検討実施の取り組みはされているが、定期的な評価・見直しが不十分であるため、定期的に全職員が参加する入所会議等での協議を望みたい。		
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障 38	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
感染症対策について、管理体制が記されたマニュアルが確認できなかったため、早急に整備されたい。予防策については、支援室においてホワイトボードにての注意喚起が確認できた。		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障 39	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
消防計画はあるが、体制が平成24年度のままであった。早急に整備し、全ての職員に対し内容の周知が望まれる。また、有事の際の防災規程も法人内安全衛生委員会で協議されているということであるため、速やかな整備を求めたい。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障 40	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
標準的なマニュアルを整備し、入職時に職員一人ひとりに説明している。しかし、その知識が現場での支援や取り組みにどのように活かされているかの確認が定期的に行われておらず、定期的開催される入所会議等で協議していくことが望まれる。		

	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	障 41	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
標準的な実施方法の検証・見直しの時期やその方法が定められている文書が確認できなかった。必要に応じて見直しはされていると思われるため、早急に定期的な見直しのルールをも含めたマニュアルの策定が望まれる。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
サービス管理責任者を中心として、適切に個別支援計画の策定が行われている。パソコンソフトが支援者にとって使いづらいこともあり、アセスメントも工夫しながら実施している。真に利用者本位の計画策定が行われるためには、パソコンソフトの見直しも視野に入れ考えていくことが望まれる。			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ルールに定められたとおりに見直しをしている。常勤職員はもとより非常勤職員も含め配布して内容が周知できるようにしている。変更の仕組みの整備の点では、さらなる工夫が望まれる。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	障 44	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パソコンのネットワークを活用し、利用者の状況の記録等が確認できるようになっている。定期的な入所会議等を通じて必要な情報が行き渡るような仕組みがある。			
	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 45	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
個人情報保護の重要さは職員に周知されているが、職員の中には規程の存在を知らない者もいる。規程集の中に個人情報保護規程をファイル化し、常にどの職員も閲覧できるようすることが望まれる。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
中期事業計画に則り、入所事業所の定員を減員して、既に移行を終了している。利用者の意向を聞いて適切に移行を進めている。また、退所後も施設の行事に呼んだりして関わりを持っている。			

### Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 47	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者一人ひとりの障害特性に合わせて適切に配慮されている。漢字を使わずに平仮名やカタカナで記載したり、絵や写真を多用して障害のある利用者の理解を得ようとの取り組みがある。作業ルームのホワイトボードにも、それらのコミュニケーションツールを使った情報がふんだんに掲示してあった。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
その日ごとのリーダー職員が利用者の主体的な活動ができるよう支援するような仕組みがあり、利用者の選択の幅が広がるような側面的な支援が適切に行われている。また、フロアごとに自治会が組織されており、職員が意見を聴く機会を持っている。			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の本来持っている力を大切にしようとする姿勢があり、個別マニュアルにも示され適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
社会生活能力を高めるためのプログラムがカリキュラムの中で実施されているが、より選択の幅を広げるために利用者への情報提供の工夫が望まれる。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
業務委託で給食が実施されているが、事業者側の担当職員も定期的に業者との関わりを持っている。マニュアルも用意され、適切に運用されている。			
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査、残食調査を行い、献立に反映されている。また、選択メニューもあり、利用者の楽しみになっている。適温の食事という面では、朝晩は適温の食事が提供されているが、昼食については食数の面で難しいこともあり、適温でない場合もある。今後工夫が望まれる。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
昼食については、利用者が不公平感を感じないように一斉にとるようにしている。待つこと等が困難な一部の利用者には時間的な配慮があるが、幅のある時間帯の中で、かつ利用者のペースで喫食することができるよう工夫が望まれる。			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個人の健康状態のチェックリストが確認できなかった。入浴介助等も職員の知識や経験に頼った部分があり、適切で均一なサービスが提供できるようマニュアル化することが望まれる。			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
創設時から利用者の希望によって毎日入浴が行われている。安全配慮義務を遵守しながら継続して行ってほしい。			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
設備等の会議は適宜行われているが、入所会議に取り入れることにより定期的に検討することが望ましい。脱衣場の冷暖房設備は暖房のみということであるが、夏場の脱水症対策等のため冷房設備の検討をしてほしい。			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
排泄についてのマニュアルがあり適切に行われているが、排泄用具の使用法についてはマニュアルで確認できなかった。おむつの処理もフロアごとに徹底されていない。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
設備等の会議は適宜行われているが、入所会議に取り入れることにより定期的に検討することが望ましい。冷暖房設備はないが暖房便座になっており、利用者の意向も、支援上も、特に必要と感じていない。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
衣服の購買は基本的には家族が行っており、家族ができない利用者に対しては事業所で適切な支援を行っている。必要に応じて衣服の買い物にも同行している。			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	㉞ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
着替えの際のマニュアルがあり、その手順によって適切に支援されている。利用者の意向も尊重する姿勢がある。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>整髪は帰省の時に行っている。帰省できない利用者に対しては買い物支援の中で行っている。髪型等の情報についてはフロアーにヘアカタログをおいて提供している。</p>		
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者ごとに行きつけになっている理・美容院等がある。利用する店舗は温かく迎え入れてくれている。理・美容院等の利用は帰省時にすることが多いが、利用者によっては買い物支援の途中で行うこともあり、個別に柔軟な対応をしている。</p>		
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>居室にはベッドが設備としてあるが、自分の好みの寝具を利用することも可能になっている。マニュアル、日報等の整備がされており、睡眠状態は適切に記録されている。入所定員を減じたため、空いた部屋を不眠の利用者が使用できるようになっている。</p>		
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>フロアーマニュアルに業務手順は載っているが、健康管理マニュアルとしては不十分である。誰もが均一のサービスを受けられるよう、適切なマニュアルの整備が望まれる。</p>		
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>協力的な医療機関の確保はされている。近隣に緊急時に対応できる総合病院が2つあり、迅速に適切な医療が受けられるよう連携はとれている。</p>		
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>服薬マニュアルが整備され、適切に服薬管理されている。処方箋も保管され、薬について必要な情報を得ている。</p>		
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-3-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>話し合い等で利用者の意向を確認し、やりたいことをあげてもらい、職員は企画の側面的支援をしている。祝日企画があり、実際に利用者には好評である。地域のスポーツセンター等の利用があるが、さらに地域の社会資源の情報を収集して利用者の選択肢を増やすことが望ましい。</p>		

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外出についてのルールがあり、利用者に説明して意向の尊重と安全に配慮して行っている。一人で外出ができる場合は本人、家族と相談しながら行っている。その場合は顔写真のついた身分証明書を携帯してもらっている。ただ、職員の不足の状態が改善できていないことから、利用者の希望通りの外出とはなっていない。</p>		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>外泊についてのルールがあり、利用者の意向を尊重して行っている。外泊しない利用者もいるが、事業所の都合で決めていない。盆や正月の外泊も強制、要請していない。家族の高齢化や、親が亡くなる等によって、外泊を受け入れられないケースが増えてきている。帰れる人、帰るところのない人の差が、利用者の不公平感につながらないように、代替えの案を用意する等の対応が求められる。</p>		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>預り金規程があり、管理の責任者を決めて適切に管理されている。利用者と話合い、自己管理できる場合は自分で管理してもらっている。その場合は手提げ金庫、財布などを準備し、金銭を保管できる場所を提供するとともに金銭管理の支援も行っている。</p>		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>新聞や雑誌等は買い物支援中に購入でき、居室にも個人のテレビ等が所有できるようになっている。共有のテレビ視聴については適切に話し合いと説明が行われ、利用者間でトラブルになっていない。しかし、声の大きい人、力の強い人がチャンネルを独占しないよう、利用者間の話し合いによるルール作りが望まれる。</p>		
Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
<p>現在2名の喫煙者がいるとのことであるが、部屋の中では喫煙しないとのルールがある。飲酒や喫煙をしない利用者に対しても、定期的にそれらの弊害(アルコール中毒、副流煙による受動喫煙等)を周知・理解させる機会を持つことが望まれる。</p>		